

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
Especialidad de Psicología Clínica



**Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en
pacientes con VIH**

**Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica que presenta la bachillera:**

GABRIELA LAURA SARSHAR CUEVA

ASESORA: DRA. PATRICIA MARTÍNEZ URIBE

Lima-Perú

2017

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	9
Participantes	9
Medición	9
Análisis de datos	11
Resultados	13
Discusión	17
Referencias	22
Apéndices:	27
A. Consentimiento informado	28
B. Ficha sociodemográfica	29
C. Confibiliadad de los instrumentos	31
E. Correlaciones	32

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los estilos de humor y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en una muestra de pacientes diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana o VIH. El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 21 y 52 años ($M=34.84$; $DE=8.94$). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estilos de Humor (Martin y colaboradores, 2003) para evaluar los estilos de humor y el SF-36v2 (Salazar y Bernabé, 2015) para medir la CVRS. Se encontró que los participantes tienen puntajes elevados en todas las áreas y componentes comprendidos en la CVRS. En adición, se identificó una correlación positiva entre el Componente de Salud Física y el Humor de Descalificación Personal. También, se encontró que los hombres tienen mayores puntajes en Desempeño Físico y Función Social (CVRS), así como en Humor Afiliativo, en comparación a las mujeres. Del mismo modo, hubo correlaciones positivas entre áreas de CVRS (Salud General y el Desempeño Emocional) y tiempos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: VIH, CVRS, estilos de humor, calidad de vida relacionada a la salud.

Abstract

The present study aimed to analyze the relationship between Humor Styles and health-related quality of life (HRQL) in a sample of patients diagnosed with human immunodeficiency virus or HIV. The study was performed with a sample of 50 patients, whose ages ranged from 21 to 52 years ($M = 34.84$, $SD = 8.94$). The instruments used were the Humor Styles Questionnaire (Martin et al., 2003) to assess humor styles and SF-36v2 (Salazar and Bernabé, 2015) to measure HRQoL. Participants were found to have elevated scores in all areas and components included in HRQL. In addition, a positive correlation was identified between the Physical Health Component and Self Defeating Humor. Also, men were found to have higher scores in Role Physical and Social Functioning (HRQL) and in Afiliative Humor, compared to women. Likewise, there were positive correlations between areas of HRQOL (General Health and Role Emotional) and times of diagnosis and treatment of the disease.

Key Words: HIV, HRQoL, Humor Styles

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a mi familia. Mi abuela, Laura Alva, quien nunca dudó de mí y apostó en mi futuro. Lala, sé que estarías orgullosa de mí, ¡lo logramos! A mi papá, Wolfgang Plutniok, y mi mamá, Laura Cueva, quienes confiaron en mí desde el principio de mi carrera, me alentaron y se esforzaron por darme siempre lo mejor.

También, agradecer a mi esposa, Inés Mesia: gracias por tu apoyo incondicional, tu amor, tus palabras e innumerables enseñanzas.

A mi asesora, Patricia Martinez, por creer en este proyecto de investigación y, sobre todo, por motivarme a lograr el mejor trabajo posible.

Gracias a Epicentro y, especialmente, a Hugo Sánchez, de quien aprendí sobre la humildad y la gran labor de ayudar desinteresadamente. Al Dr. Juan Villena, gracias por abrirme las puertas y por sus invaluable enseñanzas, fue un privilegio trabajar a su lado. A los participantes que confiaron en esta investigación y en mí, a quienes admiro enormemente por su coraje y fortaleza.

Finalmente, a todos los compañeros, amigos, familiares y profesores que me aconsejaron y motivaron hasta el final

Introducción

A nivel mundial, hasta el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) registró 36,9 millones de personas diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial. En el Perú, se han registrado 65000 casos de VIH a nivel nacional; además se estima que un 70% de los casos se encuentra en Lima y Callao (MINSA, 2015).

El VIH afecta las células del sistema inmunológico, destruyendo o limitando su función, haciendo que el paciente se debilite fisiológicamente con el avance de la enfermedad. Desde su aparición en el Perú en 1983, ha habido un desarrollo importante en términos del tratamiento farmacológico de la enfermedad, siendo considerada actualmente como una enfermedad crónica (Cueto, 2001). Por ello, el tratamiento farmacológico y cuidado de la persona seropositiva es de por vida, lo que tendría un efecto sobre su calidad de vida (Martín, Cano, Pérez de Ayala, Aguayo Canela, Cuesta, Rodríguez & Pujol de la Llave, 2002). Consecuentemente, uno de los focos principales de investigación sobre el VIH es la calidad de vida de la persona seropositiva.

Schmitz y Crystal (2000) sostienen que el impacto del VIH es multidimensional ya que afecta las áreas tanto física, como emocional y social. Los autores realizaron un estudio en Nueva Jersey con 267 participantes con VIH/SIDA, encontrando que había un efecto significativo en el área social (apoyo o rechazo familiar y la estigmatización del paciente), la cognición, los estilos de afrontamiento y la sintomatología presentada por cada participante. Asimismo, concluyen que la evaluación e intervención deben enfocarse en las áreas mencionadas.

En Etiopía, se realizó un estudio sobre la incidencia de distrés en 500 pacientes con VIH/SIDA. Se encontró que el distrés sería particularmente alarmante en pacientes seropositivos debido a que tendría un efecto conductual negativo (como no buscar tratamiento o no adherirse al mismo), así como aumentar el riesgo de mortalidad o comorbilidad (Tesfaye & Bune, 2014; Catalán, Meadows & Douzenis citado en Alzamora, Carrobes & Remor, 2003).

Además, a nivel social, los pacientes serían vulnerables al prejuicio y la discriminación, lo que podría tener efectos sobre el estado de ánimo, la motivación y la salud física (Cueto, 2001; Schmitz y Crystal, 2000). Incluso, Villa y Vinaccia (2014) afirman que el apoyo social positivo sería un facilitador para un mejor afrontamiento por

parte del paciente seropositivo mientras que el apoyo social negativo, como la estigmatización, sería sumamente perjudicial.

Por ello, el estudio de los aspectos protectores es de suma importancia ya que permiten una mirada focalizada en los recursos con los que cuenta el paciente para lidiar con los retos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. De este modo, más allá de limitarse al control de síntomas y a los aspectos psicopatológicos encontrados en este tipo de pacientes, se propone una mirada distinta que daría luces sobre las fortalezas y recursos con los que cuentan para mejorar el sentido de bienestar y mantener una buena calidad de vida.

En principio, el concepto de calidad de vida tiene sus inicios en la medicina. Efectivamente, se encontró que el tratamiento para enfermedades crónicas estaría afectando otras áreas del paciente, no necesariamente relacionadas a su salud física (Karnofsky & Burchenal, 1949 citado en Power, 2003).

Así, la OMS (2002) pasó a definir la salud como un estado de completo bienestar que comprende las áreas física, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad. Propone que la calidad de vida se manifiesta en la percepción de la vida propia (positiva o negativa), lo que, a su vez, contempla el contexto, cultura y valores de la sociedad en la que vive el individuo. Además, afirma que influye la medida en la que la persona logre cumplir con sus metas, estándares e intereses. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se manifiesta en salud física y emocional, en el nivel de independencia del individuo, y en sus relaciones interpersonales y creencias.

En este sentido, se puede entender la calidad de vida como un concepto de carácter subjetivo y multidimensional, que incluye la percepción subjetiva del individuo en ámbitos de salud, emoción, situación de vida, intereses, etc. (Abad, Esteban, Nieto & Tejerina, 2004).

Para Sen (1998 citado en Lugo, García & Gómez, 2002), la calidad de vida comprende la capacidad de llevar una vida funcional y productiva; ello, a su vez, se asocia al estado en el que se encuentra la persona. El estado de la persona comprende la atmósfera física y la psicosocial: nutrición y salud así como autonomía, dignidad e integración social.

La calidad de vida relacionada a la salud o CVRS es un término relativamente reciente (aún en evolución) que hace referencia a los diversos factores relacionados, directa e indirectamente, con el estado de salud de una persona.

Desde la postura de Reig-Ferrer (2003 citado en Teva, Bermúdez, Hernández & Buela, 2004), la CVRS es un constructo multidimensional que describe la relación entre todos los factores del estado de salud y cómo ello afecta la calidad de vida de la persona. Complementariamente, Shumaker y Naughton (1995 citado en Oblitas, 2010) indican que es una evaluación subjetiva del efecto que tiene el estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre el individuo. En ese sentido, Oblitas (2010) considera que las áreas más relevantes son el funcionamiento social, físico y cognitivo, el cuidado personal y el bienestar emocional.

Para Patrick y Erickson (1993 citado en Schwartzmann, 2003) la CVRS sería una medida que facilita un valor determinado a la duración de la vida en base a la percepción individual de las propias limitaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas. A su vez, estaría influenciada por factores ambientales como oportunidades de trabajo y políticas de salud.

La CVRS aborda el estado físico y ocupacional, el estado psicológico y bienestar, las interacciones sociales, las sensaciones somáticas y la condición socioeconómica (Spilker, 1990 en Lugo, García & Gómez, 2002).

O'Connor (1995 citado en Lugo, García & Gómez, 2002) la considera como un estado de salud, funcional o de satisfacción del paciente en el cual están implicados los aspectos de la calidad de vida en general. En ese sentido, la percepción subjetiva de la propia salud es parte de la CVRS. Además, el autor agrega que es un concepto utilizado principalmente en el ámbito de salud primaria: programas de salud, prevención y promoción de la salud, atención de la salud y efectos de las enfermedades e intervenciones médicas.

Cabe destacar que, para Schwartzmann (2003), la CVRS no puede desprenderse del contexto del individuo, por lo que se incorporan aspectos antropológicos y culturales a la estimación subjetiva de la misma.

Desde la psicología positiva y la psicología de la salud, el interés en la calidad de vida en pacientes crónicos se enfoca en los recursos psicológicos con los que cuenta el paciente para “convivir” con la enfermedad diagnosticada. Efectivamente, el interés estaría en los recursos del individuo para lidiar con una enfermedad crónica: cualidades como el optimismo y habilidad para encontrar sentido a la enfermedad jugarían un rol fundamental en el bienestar del paciente (Martorelli & Mustaca, 2004).

Para Vinaccia y Orozco (2005), el diagnóstico de una enfermedad crónica tendría efectos psicosociales importantes; siendo lo más relevante centrar la atención en la calidad de vida del paciente al margen del diagnóstico y pronóstico.

En este sentido, Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Vallejo, y Arizaga (2008) llevaron a cabo un estudio prospectivo en España sobre la CVRS y las estrategias de afrontamiento ante el dolor en un grupo de 93 pacientes en tratamiento para el dolor (dolor de raquis, fibromialgia, dolor miofascial, dolor osteoarticular, diversos tipos de dolor neuropático, entre otros). Los resultados revelaron que, luego de someterse al tratamiento para el dolor, los pacientes reportaban una mejoría significativa en las funciones físicas y vitalidad, así como una tendencia a la disminución de la intensidad del dolor y menor sintomatología depresiva. Además, se observó que las estrategias de afrontamiento de los pacientes eran mayormente activas. Finalmente, los participantes con fibromialgia y dolor osteoarticular mostraron mayores niveles de ansiedad y depresión luego de la terapia; los autores explican que podría deberse a ineficacia en el tratamiento debido a que éste es únicamente farmacológico en lugar de integrar, por ejemplo, el eje psicológico. En suma, los autores concluyeron que la intensidad del síntoma físico, en este caso el dolor, tendría una relación negativa con el estado de salud, incluyendo sintomatología depresiva y ansiosa.

En Brasil, Pelegrino, Dantas y Clark (2011) realizaron un estudio sobre la CVRS en 130 pacientes ambulatorios con problemas cardíacos. Los autores del estudio encontraron asociaciones entre salud física y calidad de vida, destacando que la relación era más fuerte en pacientes con niveles más elevados de sintomatología. Además, reportaron una relación significativa entre vitalidad, salud mental y CVRS. En conclusión, la severidad o incidencia de síntomas así como la vitalidad y salud mental serían los aspectos más determinantes en términos de calidad de vida relacionada a la salud.

Con respecto a la CVRS y el VIH, Jin, Liu, Wang, Liu, Ding, Su, Zhu y Wang (2014) realizaron una revisión mundial de ocho estudios sobre la toma de antirretrovirales en pacientes seropositivos. Los autores concluyeron que los pacientes presentaron una mejoría en su calidad de vida con la toma de la medicación; asimismo, destacaron una mayor prevalencia de malestar en hombres a comparación al grupo de mujeres.

Además, Cardona *et al.* (2011) llevó a cabo un estudio sobre la CVRS en 187 pacientes con VIH en Colombia. El estudio reveló que estaba más asociada con los aspectos socioeconómicos (apoyo social, empleo) que con aspectos biológicos propios de

la enfermedad. Con respecto al sexo, se encontró que las mujeres tenían menor puntaje que los hombres en todas las áreas de la CVRS (salud física, salud mental, apoyo social), así como niveles más bajos de solvencia económica.

Del mismo modo, otros autores como Haseli *et al.* (2014) llevaron a cabo un estudio sobre la CVRS en 129 pacientes con VIH en Irán. Los autores encontraron que el malestar de los pacientes, en su mayoría, se enfocaba en el área mental y social. Incluso, los resultados fueron comparados con un grupo de pacientes con enfermedades crónicas, revelando que las áreas mencionadas seguían diferenciándose significativamente. Así, los autores concluyeron que la intervención en pacientes seropositivos tendría que integrar atención psicológica y apoyo social.

Asimismo, en un estudio realizado por Hunt (1998 citado en Schwartzmann, 2003) en Inglaterra se reportó que, a diferencia de otras enfermedades crónicas, los pacientes con SIDA mostraban mayor necesidad de cercanía afectiva en sus relaciones interpersonales, capacidad de disfrutar de una broma, deseos de vivir sin ser discriminados y fantasías sobre la propia muerte, entre otras.

Seligman (2002) afirma que el bienestar y la prevención de la enfermedad mental podrían obtenerse a través del reforzamiento de las cualidades positivas con las que cuenta el individuo. En ese sentido, el autor estima que la identificación de las fortalezas es de suma importancia ya que serían cualidades internas que protegerían al sujeto de estímulos aversivos externos.

Una de las fortalezas descritas por Seligman es el sentido del humor, un tema que ha sido estudiado por diversos autores, evolucionando con el paso del tiempo y tomando diferentes connotaciones y significados.

Para Freud (1928), el sentido del humor estaría asociado a la liberación socialmente aceptable de contenidos latentes como impulsos agresivos y sexuales. Además, el sentido del humor sería un mecanismo de defensa saludable que permite al sujeto “alejarse” de una situación aversiva, evitando así el malestar emocional y mental. Desde esta perspectiva, surge una visión positiva del sentido del humor, asociándolo a bienestar y salud mental.

Uno de los autores que más ha investigado sobre el sentido del humor es Rod Martin. Según el autor, el sentido del humor es definido como un rasgo de la personalidad que se manifiesta de diversas formas: 1) tendencia a la risa, hacer reír y reírse de bromas; 2) habilidad para crear, entender o recordar chistes; 3) un estado temperamental positivo; 4) capacidad para entender diversos tipos de humor; 5) actitud positiva hacia el humor en

general; 6) capacidad para tener una visión “divertida” de la vida; 7) una estrategia de afrontamiento que permite mantener una postura positiva frente a la adversidad. Asimismo, para el autor, el sentido del humor tendría efectos cognitivos, sociales y psicológicos importantes (Martin, 2003; Martin, 2007).

Diversos estudios encuentran que el sentido del humor se asocia a una buena calidad de vida y bienestar general; ello se debería, entre otros factores, a la percepción de estresores como menos amenazantes (Cann & Collette, 2014). De este modo, el sentido del humor sería considerado como una forma positiva de afrontamiento ya que funciona como un protector frente a situaciones adversas (Cassaretto & Martínez, 2012; Kuiper, 2012).

Complementariamente, Oblitas (2010) afirma que el sentido del humor y la risa facilitan la autoaceptación, generando la posibilidad de ver los lados más vulnerables de sí mismo; agrega que el humor permite asimismo darle nuevo significado a las situaciones o eventos vitales.

Desde una postura psicoterapéutica, Chazenbalk (2005) reconoce el uso del sentido del humor en distintas orientaciones terapéuticas: psicoanalítica, cognitivo-conductual, logoterapia e hipnoterapia ericksoniana. Incluso desde diferentes posturas terapéuticas, la autora destaca el espacio que tiene el humor como herramienta terapéutica: desfogue emocional, distanciamiento del problema, capacidad de burlarse de sí mismo, etc. De este modo, durante la terapia, el paciente tendría la posibilidad de divertirse y reírse dentro de un espacio en el cual comparte diversos temas personales, incluyendo los temas más dolorosos.

Bennett y Lengacher (2009), por su lado, estiman que el sentido del humor y la risa mejorarían el sistema inmunológico; en este caso, podrían proteger a pacientes con VIH de enfermedades oportunistas. Así, el sentido del humor tendría efectos positivos a nivel emocional y físico, protegiendo al paciente de los diversos riesgos a los que se encuentra expuesto al ser diagnosticado de VIH.

En estudios más recientes, Martin (2003) hace hincapié en que la relación entre bienestar (físico y emocional) y sentido del humor estaría asociada a la forma en que se utiliza el humor; con ello, logra identificar diferentes estilos de humor. El autor describe dos estilos de humor: positivo y negativo. Dentro de la categoría de estilo de humor positivo, el autor considera la afiliación y el mejoramiento personal; mientras que el humor negativo contiene agresividad y descalificación personal.

El humor de afiliación es utilizado por individuos que hacen bromas o cuentan chistes para entablar conversaciones de manera espontánea así como para entretener a otros. El objetivo es facilitar las relaciones interpersonales así como reducir la posible tensión que éstas puedan generar. Entre las bromas utilizadas, es posible que hagan bromas acerca de sí mismos o que “no se tomen a sí mismos tan en serio”, todo ello manteniendo la aceptación de sí mismos. El humor de afiliación se caracteriza por ser vinculante, a través de un humor positivo y es esperable en personas extrovertidas, alegres, con una autoestima adecuada, relaciones íntimas y satisfactorias así como emociones y ánimo predominantemente positivo (Lefcourt, 2002; Vaillant, 1977)

El humor de mejoramiento personal se elabora en base a una visión positiva y humorística de la vida lo que facilita una perspectiva positiva frente a la adversidad y situaciones estresantes. Este tipo de humor se asocia a estilos de afrontamiento en los cuales el humor es utilizado como regulador o amortiguador de emociones negativas. En ese sentido, es similar a la propuesta freudiana del sentido del humor como un mecanismo de defensa saludable. A diferencia del humor de afiliación, éste uso del humor no estaría asociado a la promoción de relaciones interpersonales sino a la regulación de emociones negativas; en ese sentido, se relaciona de forma inversa con depresión y ansiedad o neuroticismo y se asocia positivamente con la apertura a nuevas experiencias, autoestima y bienestar psicológico (Kuiper, Martin, & Olinger, 1993)

El mismo autor describe el humor agresivo, por su lado, se identifica por el uso del sarcasmo, la burla y la tendencia a ridiculizar a otros. En términos generales, se podría describir como un estilo de humor que no contempla el impacto negativo que pueda tener en los demás; ello se manifiesta, por ejemplo, en impulsos agresivos canalizados en burlas que pueden alienar o herir los sentimientos de otros. Este tipo de humor se relaciona positivamente con neuroticismo y es particularmente hostil; asimismo, se relaciona negativamente con satisfacción en las relaciones interpersonales, conciencia y agradabilidad (Zillman, 1983).

Finalmente, la descalificación personal implica que el individuo se ponga a sí mismo en ridículo para el entretenimiento de otros. En este aspecto, se asemeja al humor de afiliación ya que, en ambos casos, se trata de un mecanismo mediante el cual el individuo busca establecer un vínculo con el otro. Al respecto, Cann y Matson (2014) afirman que el humor de descalificación personal es percibido de forma negativa por los demás. Además, se ha encontrado que este estilo de humor podría ser usado como un medio para evitar temas dolorosos. Se espera que este tipo de humor esté relacionado positivamente

con neuroticismo y estado de ánimo depresivo y ansioso, así como relacionado negativamente con satisfacción en las relaciones interpersonales, bienestar psicológico y buena autoestima (Fabrizi & Pollio, 1987; Kubie, 1971).

A partir de lo anterior, diversos estudios asocian los estilos de humor con constructos como: tipos de personalidad, inteligencia emocional, socialización, tipos de afrontamiento, etc. (Saroglou & Scariot, 2002; Yip & Martin, 2006; Chen & Martin, 2007)

Lebowitz, Suh, Diaz y Emery (2011) encontraron que un sentido del humor positivo ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y depresión. Por el contrario, un sentido del humor negativo (humor negro, burlarse de los demás, entre otros) podría ser un signo de baja autoestima y hostilidad.

En esta línea, una investigación realizada por Martin y colaboradores en el 2006 reveló que las personas con mayores puntajes en las dimensiones de Afiliación y Mejoramiento Personal, ambas pertenecientes al sentido del humor positivo en la Escala del Sentido del Humor, reportaron mayores competencias personales: en ese sentido, tuvieron una mejor capacidad para iniciar conversaciones con extraños así como establecer relaciones amicales. Además, los autores encontraron que el sentido del humor positivo ayuda a tener mayor insight y que el humor también podría ser un canal de “autorevelación” al entablar contacto con los demás.

En base a lo anterior, la presente investigación analiza la asociación entre estilos del humor y calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes diagnosticados con VIH; además, analiza su asociación con variables sociodemográficas y variables propias de la condición médica.

Se estima que el estudio ayudaría a identificar las fortalezas y recursos con los que cuentan las personas seropositivas. En este caso, se busca encontrar herramientas de afrontamiento según el estilo de humor mayormente utilizado por la muestra evaluada. Se espera, en base a ello, proponer métodos más completos de tratamiento que involucren los aspectos físicos, sociales y psicológicos afectados por la enfermedad.

Método

Participantes

La investigación contó con 50 participantes con diagnóstico de VIH que acudieron a un hospital general de Lima así como a una ONG enfocada en la prevención de ITS. En total, 55 participantes fueron encuestados; sin embargo, cinco casos fueron eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión o por no responder las encuestas en su totalidad. La edad de los participantes osciló entre los 21 y 52 años ($M=34.84$ años; $DE=8.94$).

Todos los participantes se encontraban en tratamiento antiretroviral de gran actividad, TARGA. Tanto en el hospital como en la ONG, el médico tratante derivó a los pacientes que estuvieron interesados en participar en la investigación; luego de ello, la investigadora explicó el proyecto. Aquellos que estuvieron de acuerdo en participar, firmaron un consentimiento informado donde se hacía hincapié en el carácter voluntario y anónimo de la investigación (ver apéndice A), para luego completar los cuestionarios (ver apéndice B).

Participaron 41 hombres, 7 mujeres y 2 transexuales. En cuanto al lugar de nacimiento, el 54% reportó ser de Lima y el 46% de provincia. El grado de instrucción reportado fue el siguiente: 18% culminó secundaria, 36% contaba con estudios superiores incompletos y el 46% tenía estudios superiores completos. Actualmente, 40 trabajan, 2 estudian, 4 estudian y trabajan, y 4 se encuentran desempleados. En cuanto a la orientación sexual, el 58% reportó ser homosexual, el 24% heterosexual, el 16% bisexual y el 2% no especificó. En cuanto al estado civil, 38 se encontraban solteros, 8 casados o convivientes, y 4 separados o viudos. La vía de transmisión fue sexual en un 78%, parenteral en un 2% y el 10% restante afirma no saber cómo se contagió. Finalmente, 9 de los participantes llevan o han llevado tratamiento psicoterapéutico, 40 afirman no haberlo llevado y 1 participante no especificó.

Medición

Los estilos de humor se evaluaron a través del *Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ)* desarrollado por Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray Weir en el 2003. La escala cuenta con 32 ítemes organizados en 4 áreas con un formato tipo Likert de 7 opciones de

respuesta que van desde “Totalmente diferente a mí” hasta “Totalmente igual a mí”. Dichas áreas comprenden las 2 dimensiones descritas por el autor: positiva (afiliación y mejoramiento personal) y negativa (agresividad y decalificación personal).

El HSQ fue creado en el 2003, en la Universidad de Ontario en Canadá como una nueva medición multidimensional que buscaría diferenciar los tipos de humor utilizados cotidianamente por las personas.

La versión final de la prueba se aplicó a un total de 485 participantes y se realizó un análisis factorial con rotación Varimax con lo que se obtuvo un 41.6% de la varianza explicada y un alfa de Cronbach entre .82 y .88 para las escalas.

En Venezuela, Koch (2008) evaluó las propiedades psicométricas del HSQ con un total de 1042 participantes de ambos sexos. Como resultado, se encontró un alfa de Cronbach entre .71 y .72, a excepción del área de Humor Afiliativo que mostró un coeficiente de .55. En el Perú, Cassaretto y Martinez (2012) realizaron un estudio de validación del HSQ con 315 estudiantes universitarios en la ciudad de Lima. Al respecto, cabe destacar que 4 ítems fueron modificados en su redacción (Ítems 2, 3, 20 y 28) lográndose así una adaptación lingüística más adecuada para el contexto peruano. Las investigadoras reportaron un 42% de la varianza explicada a partir de un análisis factorial exploratorio y un alfa de Cronbach entre .64 y .78 para las escalas. Asimismo, analizaron la validez convergente con Bienestar (Escala de Bienestar Psicológico para Adultos) y Esperanza (Escala de Esperanza de Herth) encontrando una correlación positiva con afiliación y mejoramiento personal, así como una correlación negativa entre las escalas, y el humor negativo (agresividad y descalificación personal). Finalmente, por un escaso poder de discriminación de los ítems 16, 22, 28 y 30, las autoras neutralizaron los ítems.

Para la presente investigación, se utilizó la versión adaptada por Cassaretto y Martínez en el año 2012 y se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .72 para humor afiliativo, .68 para mejoramiento personal, .61 para humor agresivo y .62 para humor de descalificación personal (ver apéndice C). Asimismo, al igual que en el estudio de Cassaretto y Martinez, el ítem 28 fue neutralizado por tener un coeficiente de discriminación negativo.

La calidad de vida relacionada a la salud se evaluó a través del *Cuestionario SF-36 versión 2.0*. Se trata de un instrumento de autoinforme desarrollado en el Health

Institute New England Medical Center en Boston por Ware y Sherbourne en el año 1992 (Salas La Torre, 2012).

El SF-36 cuenta con 36 ítems y 8 áreas relacionadas a la salud: función física, desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Las 8 áreas mencionadas, a su vez, pueden ser divididas en dos componentes: salud física y salud mental (Salazar & Bernabé, 2015). A excepción de dos preguntas que tienen opciones de “sí” y “no”, la medición se realiza por medio de una escala tipo Likert cuyos valores varían según el ítem o el conglomerado de ítems de un área específica. Las preguntas con escala tipo Likert tienen entre 3 y 6 opciones de respuesta (Hays & Morales, 2001; García H., Vera C. & Lugo L., 2014).

En 1996, se realizaron ajustes a esta primera versión, con cambios a nivel de construcción, formato de opciones de respuesta y organización (Maruish, 2011).

Tanto la versión original del SF-36 como la versión 2.0 del SF-36 han sido utilizadas en más de 40 países alrededor del mundo, incluyendo el Perú (Ware, 2015).

En México, se analizó la validez y confiabilidad del SF-36 (en su versión original). La investigación contó con 257 participantes y se encontró un alfa de Cronbach entre .84 y .70 para las escalas (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Genny, Fos, Peter, Gandek, Barbara, & Medina-Moreno, Manuel, 1999).

Lugo, García y Gómez (2006) realizaron un estudio de confiabilidad del SF-36 en Cartagena con 100 pacientes post-infarto miocardio. Encontraron una consistencia interna entre .93 y .74 para las áreas mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.

En Perú, Salazar y Bernabé (2015) investigaron las propiedades psicométricas de la versión 2.0 del SF-36 en una muestra de 4344 sujetos (no pacientes) entre los 15 y 64 años de edad. Inicialmente, se realizaron algunos ajustes lingüísticos y se obtuvo un alfa de Cronbach entre .66 como mínimo en función social y .92 como máximo en desempeño físico.

En el presente estudio, se encontraron los siguientes alfas de Cronbach para las 8 áreas de la prueba: .78 en salud general, .70 en función física, .82 en desempeño físico, .76 en desempeño emocional, .76 en función social, .70 en dolor corporal, .82 en salud mental y .83 en vitalidad (ver apéndice D).

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete SPSS versión 23. Se realizaron análisis de confiabilidad por áreas a ambas pruebas a través del coeficiente alfa de Cronbach. También, se aplicó una prueba de Shapiro-Wilk para verificar la normalidad de ambas pruebas y sus áreas respectivas. Al respecto, para el HSQ, se encontró que las áreas de humor afiliativo y humor de descalificación personal presentaban una distribución paramétrica, mientras que las áreas de humor agresivo y humor de mejoramiento personal mostraban una distribución no paramétrica; asimismo, el SF-36 presentó una distribución paramétrica para todas sus áreas a excepción de salud general. Luego, se utilizó la prueba de U- Mann Whitney para comparar grupos con variables no paramétricas y la prueba de T de Student para grupos con variables paramétricas. En el caso de la variable grado de instrucción, se utilizó la prueba Kruskal Wallis. Asimismo, en el caso de las correlaciones, se utilizó la Rho de Spearman.



Resultados

A continuación, se presentarán los resultados del estudio en base a los objetivos propuestos. En principio, se realizaron análisis descriptivos para las distintas áreas de los Estilos de Humor y la CVRS. Posteriormente, se analizó la correlación entre las áreas de Estilos de Humor y la CVRS. Finalmente, con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas en puntajes de los Estilos de Humor y las áreas de la CVRS de acuerdo a los datos sociodemográficos y de condición médica, se realizó una comparación de los puntajes promedios de dichas áreas.

En primer lugar, en el Gráfico 1 se puede observar que los puntajes de todas las áreas de la CVRS se encuentran por encima de 60, lo que corresponde a un alto nivel de funcionalidad.

Nota: CSF= Componente salud física; CSM= Componente salud mental.

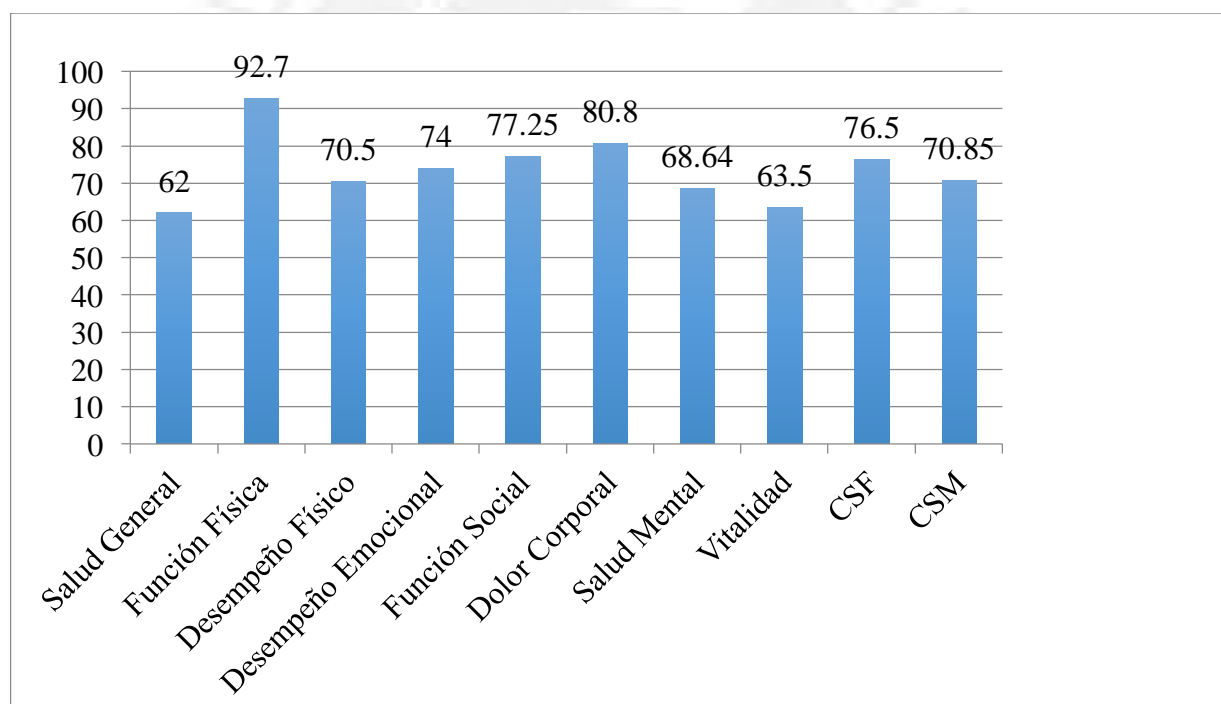


Gráfico 1: Promedios por área y componentes de la CVRS

En cuanto a los estilos de humor, como se observa en el Gráfico 2, los puntajes más altos corresponden al área de humor de mejoramiento personal.

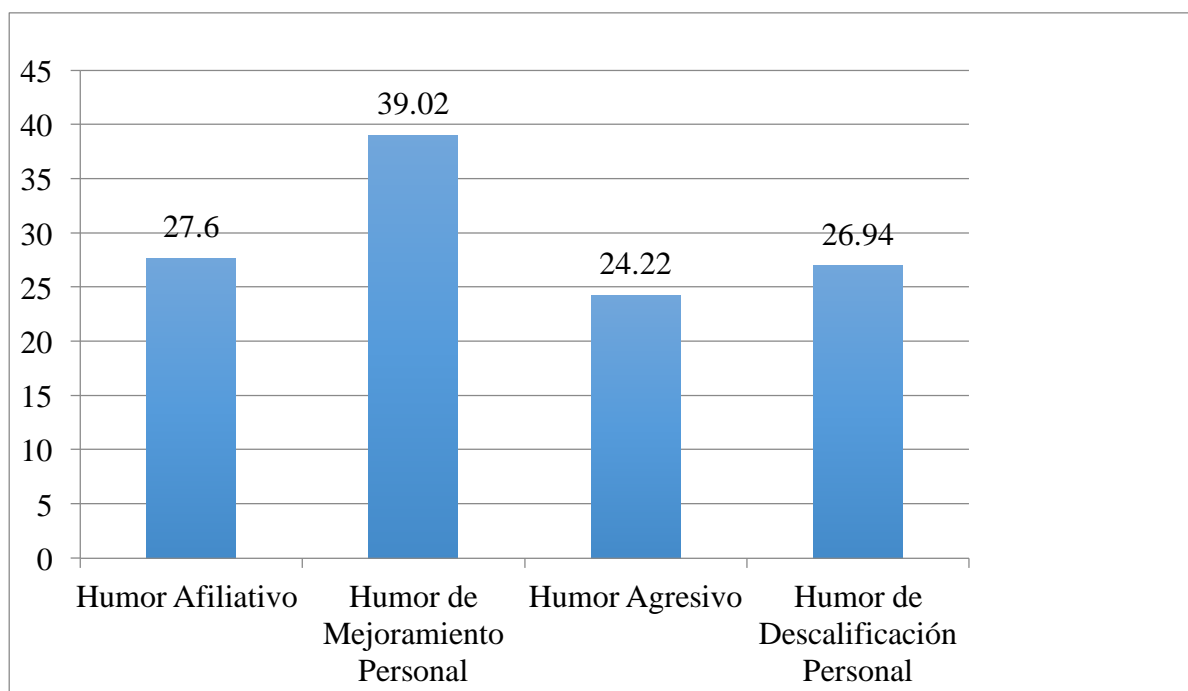


Gráfico 2: Promedios por área en Estilos de Humor

Posteriormente, se evaluó la correlación entre las áreas de los Estilos de Humor y las áreas y componentes de la CVRS (ver Apéndice E). Al respecto, la única relación significativa fue entre humor de descalificación personal y el componente de salud física ($r = .29$).

Por otro lado, como se puede apreciar en la Tabla 1, se correlacionaron el tiempo de diagnóstico de VIH y el tiempo de TARGA con las áreas de la CVRS. En este caso, se encontró que las únicas relaciones significativas fueron salud general para el tiempo de diagnóstico, y desempeño emocional para tiempo de diagnóstico y tiempo de TARGA.

Tabla 1

Correlaciones entre Tiempo de Diagnóstico y Tiempo de TARGA según áreas de la CVRS

	Tiempo de diagnóstico	Tiempo de TARGA
Salud General	.36**	.33
Desempeño Emocional	.34*	.32**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas de acuerdo al género en el área de humor afiliativo y en las escalas de desempeño físico y función social del SF-36. En la Tabla 2 se puede apreciar que los participantes de género masculino presentan mayores puntajes en las tres áreas mencionadas.

Tabla 2

Comparación de medias por género

	<i>Masculino</i> (N) = 41			<i>Femenino</i> (N) = 7			
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>t/u</i>
<i>HSQ</i>							
Humor Afiliativo	28.37*	28	6.88	24	24	3.92	70
<i>SF-36</i>							
Desempeño Físico	76.22*	100	33.05	39.29	25	45.32	76.5
Función Social	80.18*	87.5	21.28	60.71	62.5	16.82	62

* $p < .05$

Además, como se presenta en la Tabla 3, se han encontrado diferencias significativas entre las personas que presentan una enfermedad crónica adicional al VIH y las que no la presentan. Por un lado, en relación a la salud, en el área de salud general, donde las personas que no presentan una enfermedad crónica adicional muestran puntajes más elevados. En cambio, en las áreas de humor afiliativo y humor de descalificación personal se aprecian puntajes más altos en los participantes que sí padecen de otra enfermedad crónica.

Tabla 3

Comparación de medias por padecimiento de otra enfermedad crónica

	<i>Sí</i> (N) = 11			<i>No</i> (N) = 38			<i>t/u</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	
<i>SF-36</i>							
Salud General	48.48	54.17	20.61	66.56	66.67**	16.65	-3.01
<i>HSQ</i>							
Humor Afiliativo	30.55*	29	5.94	26.76	27	6.74	128.5
Humor de Descalificación Personal	31**	33	5.95	25.74	26.5	6.67	101.5

^a U de Mann-Whitney* $p < .05$; ** $p < .01$

Finalmente, el tratamiento psicoterapéutico mostró diferencias significativas ($U=90.5^*$) en el humor de mejoramiento personal entre los participantes que sí asisten o

han asistido a psicoterapia ($M=43.89$; $DE=6.88$) y los que nunca han llevado tratamiento psicoterapéutico ($M=38.08$; $DE=6.5$).

En síntesis, los participantes mostraron un alto nivel de funcionalidad en todas las áreas de la CVRS; de igual manera, en cuanto a los estilos de humor, se encontró que el de mejoramiento personal es utilizado con mayor frecuencia. Asimismo, se identificó una asociación entre el componente de salud física y el humor de descalificación personal. También, se halló que el tiempo de diagnóstico está asociado a la salud general y el desempeño emocional de los participantes; ésta última también estaría relacionada con el tiempo de TARGA. Otro dato encontrado fue que el género masculino tiene un mejor desempeño en tanto áreas de la CVRS como en los estilos de humor en comparación al género femenino: mayor puntaje en humor afiliativo, mejor desempeño físico y función social. Adicionalmente, los participantes que sufrían de una enfermedad adicional obtuvieron puntajes más altos en los estilos de humor afiliativo y el de descalificación personal; aquellos que no sufrían de una enfermedad adicional, mostraron una mejor salud general. Finalmente, los participantes que van o han ido a terapia usan con mayor frecuencia el humor de mejoramiento personal.

Discusión

Gracias a los avances en el tratamiento antirretroviral (TARGA), el VIH es considerado actualmente como una enfermedad crónica y no una sentencia. El padecimiento de una enfermedad crónica como el VIH tiene efectos sobre la calidad de vida de la persona ya que no sólo existe un tratamiento de por vida y sus posibles efectos secundarios, sino que el mismo padecimiento de la enfermedad afecta ámbitos que trascienden la salud física.

La calidad de vida de los participantes resulta, por tanto, un concepto central para la comprensión de las personas seropositivas. Vemos aquí que presentan un nivel elevado en todas las áreas, siendo la función física el área con mayor puntaje. Ello implica que los pacientes no presentan dificultades para realizar actividades físicas cotidianas como movilizarse o ejercitarse diariamente. Según una investigación previa (Ordóñez *et al.*, 2001), la función física en pacientes con VIH sería uno de los principales predictores de progresión de la enfermedad; al respecto, los autores afirman que dicho resultado tendría que ver con la efectividad del tratamiento. Al respecto, es importante recordar que la muestra fue conformada por participantes con buena adhesión al tratamiento ya que fue tomada en dos entidades en las que mantienen sus controles periódicamente. Consecuentemente, se podría esperar que tengan un buen funcionamiento físico (o, en todo caso, un mejor funcionamiento que pacientes que no se encuentren en tratamiento de forma constante). Adicionalmente, los resultados podrían atribuirse a las medidas tomadas por Ministerio de Salud; en efecto, la institución renovó las políticas de prevención y tratamiento a partir del 2014, ofreciendo una atención más enfocada en las necesidades específicas de la población seropositiva a nivel nacional (MINSA, 2015).

En cuanto a los Estilos de Humor, destaca que los pacientes con VIH utilizan el humor de mejoramiento personal con mayor frecuencia en comparación a los otros estilos. Ello podría interpretarse como una forma positiva de afrontarse a la adversidad ya que éste estilo contempla estrategias de afrontamiento positivas como de auto-superación y así como un amortiguador de emociones negativas (Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003). En términos generales, podría suponerse que los participantes utilizan un sentido del humor positivo para afrontar los retos implicados en el diagnóstico y curso de la enfermedad, a nivel físico, psicológico y social.

Con respecto a la asociación entre estilos del humor y calidad de vida relacionada a la salud, tema central del presente estudio, se encontró únicamente una relación positiva

y pequeña entre el componente de salud física en la CVRS y el humor de descalificación personal. Al respecto, cabe destacar que el uso del humor de descalificación personal habla de una necesidad de vincularse con el otro. De forma semejante, Cardona *et al.* (2011) afirma que el malestar en personas seropositivas está más asociado a aspectos psicosociales, como el apoyo social, que a los propios de la enfermedad. En este caso, los participantes con un mayor sentido de bienestar físico mostraron una mayor tendencia a usar el humor para vincularse con los demás, a pesar de que el objeto de burla sea el mismo participante. Ello lleva a reafirmar la importancia que cobra el apoyo del otro para una persona seropositiva.

Por otro lado, se encontró que el tiempo de diagnóstico de VIH está asociado positivamente con el área de salud general y el área de desempeño emocional en términos de CVRS. De hecho, los participantes que tienen mayor tiempo de diagnóstico presentan puntajes más elevados en las áreas mencionadas. Análogamente, un estudio realizado en población seropositiva reveló que el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico, así como el seguimiento adecuado del tratamiento farmacológico, ayudarían a la adaptación del paciente, permitiéndoles desarrollar los mecanismos necesarios de afrontamiento en términos físicos, psicológicos y sociales (Sanchez-Sosa, 2002 citado en Piña, Sánchez-Sosa, Fierros, Ybarra, & Cázares, 2011). Esto último coincide con Martorelli y Mustaca (2004), quienes afirman que la habilidad para “darle sentido” a la enfermedad es fundamental para el bienestar del paciente seropositivo.

De igual manera, se encontró que las personas con un mayor tiempo de tratamiento, o TARGA, tienen una mejor puntuación en el área de desempeño emocional en la CVRS. En otras palabras, el desempeño laboral y/o cotidiano no se vería comprometido por dificultades en el área emocional si el paciente cumple con el tratamiento antirretroviral de manera adecuada. Como se explicó anteriormente, el tiempo que lleva el paciente tomando la medicación podría facilitar su adaptación a vivir con una enfermedad crónica. Sin embargo, en este caso, destaca el hecho de que el tiempo de diagnóstico y el tiempo de tratamiento no son necesariamente equivalentes. Por ello, es sumamente importante reiterar que la adherencia al tratamiento es un factor crucial para la mejoría en la CVRS del paciente con VIH. Al respecto, los pacientes con VIH muestran una evolución favorable cuando se adhieren al tratamiento (MINSA, 2015). Con respecto a la adherencia al tratamiento, diversos estudios reportaron que la CVRS y la adherencia al tratamiento se relacionan de forma positiva y directa, lo que implicaría que aquellos

pacientes que siguen el tratamiento de forma adecuada y regular tendrían mejorías importantes en su CVRS (Pacífico y Gutiérrez, 2015; Jin *et al.*, 2014).

En cuanto a las diferencias por género, se encontró puntajes más elevados en humor afiliativo (Estilos de Humor), desempeño físico, y función social (CVRS) en el grupo de hombres en comparación al de mujeres. Este resultado coincide con un estudio previo de CVRS en pacientes con VIH en el cual las mujeres obtuvieron puntajes inferiores en todas las áreas a comparación de los hombres (Cardona *et al.*, 2011). Otro dato importante tendría que ver con el hecho de que las mujeres no se sientan “en riesgo” de contraer el virus; efectivamente, estudios realizados en el Perú mostraron que el 68% de las mujeres no percibe el riesgo de ser contagiado y un 18% adicional percibe un riesgo mínimo (Ramos, W., Munive, L., Calderón, M., Velazco, S., y Velazco, M., 2009). En base a lo anterior, el 86% de mujeres no percibiría el riesgo de contagio de VIH: al ser una cifra tan elevada, los resultados podrían dar luces en cómo las mujeres perciben física y vivencialmente la enfermedad. Según los mismos autores, la desinformación sobre el VIH hace que las mujeres estén menos protegidas y, por ello, en riesgo de ser contagiadas sin saberlo.

Además, se hizo una comparación de puntajes entre participantes que presentan una enfermedad adicional al VIH y participantes que no la presentan. Se encontró que las personas con una enfermedad adicional tienen puntajes inferiores en el área de salud general de la CVRS. Según lo reportado, las enfermedades adicionales son hipertensión, asma y sífilis; en los tres casos, la sintomatología, el tratamiento farmacológico y cuidado personal son parte de la vida cotidiana. En consecuencia, los participantes con una enfermedad adicional al VIH se verían afectados negativamente por la misma.

Con respecto a los estilos de humor, los pacientes con una enfermedad crónica adicional presentan puntajes más altos en humor afiliativo y humor de descalificación personal. Inicialmente, estos resultados aparentan ser contradictorios, ya que el humor afiliativo incrementa la habilidad para entablar relaciones positivas con los demás mientras que en el humor de descalificación personal la persona se presenta como objeto de burla (Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003 citado en Cann & Matson, 2014). Sin embargo, ambos tipos de humor coinciden en una necesidad o búsqueda de vincularse con los demás; adicionalmente, el humor afiliativo y el de descalificación personal pueden utilizarse como mecanismos para afrontar eventos estresantes y problemas latentes, respectivamente (Martin *et al.*, 2003). Más aún, Schmitz y Crystal (2000) encuentran que hay una necesidad de cercanía presentada en población

seropositiva. En esta línea, los participantes que sufren de una enfermedad adicional podrían usar el humor como herramienta de afrontamiento y de socialización, al margen de que el estilo sea positivo o negativo.

Finalmente, se realizó un estudio comparativo entre participantes que llevan o han llevado tratamiento psicoterapéutico y participantes que no. Se encontró que los puntajes del área de humor de mejoramiento personal eran más elevados en los participantes que llevaron psicoterapia. Al respecto, Chazenbalk (2005) afirma que el humor es una herramienta terapéutica que ayuda a distanciarse del problema y desfogarse emocionalmente. Más específicamente, el humor afiliativo brinda una visión positiva de la vida lo que, a su vez, se asocia con estilos positivos de afrontamiento mediante los cuales el humor “amortigua” el dolor y otras emociones negativas (Kuiper, Martin & Olinger, 1993 en Martin 2003; Martin, 2003).

Como aporte, la investigación propone un abordaje innovador de la CVRS, en el cual el sentido del humor juega un rol en la forma en la que se relacionan los participantes con su entorno. Desde esta perspectiva, el sentido del humor podría utilizarse tanto como un mecanismo que facilita el vínculo con otros, de manera terapéutica o como un medio de afrontamiento individual en personas seropositivas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es relevante tomar en cuenta el tamaño de la muestra, ya que no es representativo en comparación al estimado de personas infectadas en el país (MINSA, 2015). Además, existe un sesgo de selección porque la información recogida provino de una muestra que asiste a un centro de salud. En ese aspecto, los participantes mostrarían interés en mejorar su salud, por lo que tendrían mayor probabilidad de estar en un mejor estado de salud.

Referencias

- Abad, M., Esteban, M., Nieto, J. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. McGraw-Hill Interamericana.
- Alcántara Zapata, N. R. (2011). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH.
- Alzamora, L. R., Carrobes, J. A. y Remor, E. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Bennett, M. P., y Lengacher, C. (2009). Humor and laughter may influence health IV. humor and immune function. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(2), 159-164.
- Cann, A., y Collette, C. (2014). Sense of Humor, Stable Affect, and Psychological Well-Being. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 464.
- Cann, A., y Matson, C. (2014). Sense of humor and social desirability: Understanding how humor styles are perceived. *Personality and Individual Differences*, 66, 176-180.
- Cardona, J., Peláez, L., López, J., Duque, M. y Leal, Ó. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*, 31(4), 532-544.
- Cassaretto, M., y Martínez, P. (2012). Validación de la Escala del Sentido del Humor en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 27(2), 287-309.
- Chazenbalk, L. (2005). El valor del humor en el proceso psicoterapéutico.
- Chen, G. H., y Martin, R. A. (2007). A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor—International Journal of Humor Research*, 20(3), 215-234.
- Cueto, M. (2001). *Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú* (Vol. 7). Consorcio de investigación económica y social.
- Delgado, C., León, C. y Quintero, R. (2012). Calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes adultos infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de la unidad de inmunología clínica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *Oxford handbook of positive psychology*, 5, 63-73.

- Dyck, K. T., y Holtzman, S. (2013). Understanding humor styles and well-being: The importance of social relationships and gender. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 53-58.
- Edwards, K. R. y Martin, R. A. (2014). The Conceptualization, Measurement, and Role of Humor as a Character Strength in Positive Psychology. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 505-519.
- Fabrizi, M. S. y Pollio, H. R. (1987). A naturalistic study of humorous activity in a third, seventh, and eleventh grade classroom. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 107-128.
- Freud, S. (1928). Humour. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- García H., Vera C. y Lugo L. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. (Spanish). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(1), 26-39
- Haseli, N., Esmaeelzadeh, F., Ghahramani, F., Alimohamadi, Y., Hayati, R. y Mahboubi, M. (2014). Health-related quality of life and its related factors in HIV+ patients referred to Shiraz Behavioral Counseling Center, Iran in 2012. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 13.
- Hays, R. D., y Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals Of Medicine*, 33(5), 350-357
- Jin, Y., Liu, Z., Wang, X., Liu, H., Ding, G., Su, Y., Zhu, L. y Wang, N. (2014). A systematic review of cohort studies of the quality of life in HIV/AIDS patients after antiretroviral therapy. *International Journal Of STD & AIDS*, 25(11), 771-777. doi:10.1177/0956462414525769
- Koch, S. D. A. (2008). Propiedades psicométricas del cuestionario de estilos de humor (CUESTIHU): validación venezolana. *Avances en Medición*, 6, 71-84.
- Kubie, L. S. (1971). The destructive potential of humor in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127, 37-42.
- Kuiper, N. (2012). Humor and resiliency: Towards a process model of coping and growth. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 475-491.
- Kuiper, N. A., Martin, R. A. y Olinger, L. J. (1993). Coping humour, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(1), 81.
- Lebowitz, K., Suh, S., Diaz, P. y Emery, C. (2011). Quality of Life Concerns of Patients with Cardiac and Pulmonary Disorders: Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning

- among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart & Lung - The Journal Of Acute And Critical Care*, 40310-319. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.07.010
- Lefcourt, H. M. (2002). Humor. *Oxford handbook of positive psychology*, 45, 619-631
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud.
- Lugo, L. H., García, H. I., y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Martin, R. A. (2003). Sense of humor. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 313-326. Washington, DC: American Psychological Association
- Martin, R., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. y Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal Of Research In Personality*, 3748-75. doi:10.1016/S0092-6566(02)00534-2
- Martin, R. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. San Diego: Elsevier.
- Martín Suárez, I., Cano Monchul, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo Canela, M., Cuesta, F., Rodríguez, P., y Pujol de la Llave, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 19, No. 8, pp. 20-28). Arán Ediciones, SL.
- Martorelli, A., y Mustaca, A. E. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos. *Rev Nefrol Dial y Transpl*, 24, 99-104.
- Maruish, M. E. (2011). *User's manual for the SF-36v2 Health Survey* (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- MINSa (19 de enero de 2015). Minsa actualiza aspectos preventivos y de diagnóstico temprano en atención de las personas con VIH. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=15995>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico, D.F. : Cengage Learning Latin America,
- OMS (2002) Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida: definiciones de facetas y escalas de respuestas. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.1.html>

- OMS (2014) VIH/Sida. Temas de salud. (citado en marzo 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- OMS (2011) *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/sida*. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_full_report_2011.pdf?ua=1
- Ordóñez, G., Mansilla Francisco, J. J., Nieto Aragón, E., Cereto, M. R., Salas Samper, F., Vallejo Díaz, M. y Martínez González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. In *Anales de medicina interna* (Vol. 18, No. 2, pp. 30-35). Arán Ediciones, SL.
- Pacífico, J., y Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA en un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 32(1), 66-72
- Pelegriño, V., Dantas, R. y Clark, A. (2011). Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 451-457. Retrieved November 09, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000300002&lng=en&tlng=en.
- Piña, J. A., Sánchez-Sosa, J. J., Fierros, L. E., Ybarra, J. L., y Cázares, Ó. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia psicológica*, 29(2), 149-157.
- Power, M. J. (2003) Quality of life. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 427-441. Washington, DC: American Psychological Association
- Ramos, W., Munive, L., Calderón, M., Velazco, S. y Velazco, M. (2009). Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-2006. *Rev Peru Epidemiol*, 13(3), 1-7.
- Red Nacional de Epidemiología (RENACE). Ministerio de Salud (2015).
- Salas La Torre, G. G. (2012). Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico.
- Salazar, F. R. y Bernabé, E. (2015). The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia-Pacific Journal Of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium For Public Health*, 27(2), NP2372-NP2380. doi:10.1177/1010539511432879

- Saroglou, V. y Scariot, C. (2002). Humor Styles Questionnaire: Personality and educational correlates in Belgian high school and college students. *European Journal of Personality*, 16(1), 43-54.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2, 3-12.
- Schmitz, M. F., y Crystal, S. (2000). Social Relations, Coping, and Psychological Distress Among Persons With HIV/AIDS1. *Journal of applied social psychology*, 30(4), 665-685.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado en 19 de noviembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532003000200002.
- Symister, P., y Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123.
- Tesfaye, S. H., y Bune, G. T. (2014). Generalized psychological distress among HIV-infected patients enrolled in antiretroviral treatment in Dilla University Hospital, Gedeo zone, Ethiopia. *Global Health Action*, 7.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Hernández, J. y Buela, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia psicológica*, 22 (2), 111- 121.
- Teva, I., de la Paz Bermúdez, M., Hernández-Quero, J., y Buela-Casal, G. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. *Psicología y salud*, 14(2), 229-235.
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Vallejo, R., y Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 83-93.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Harvard University Press.
- Villa, I. C., y Vinaccia, S. (2014). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud*, 16(1), 51-62.
- Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.

- Ware, J. (2015) SF-36 Health Survey Update. Retrieved November 09, 2015 from <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- Yip, J. A., y Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1202-1208.
- Zeigler-Hill, V., McCabe, G. A. y Vrabel, J. K. (2016). The dark side of humor: DSM-5 pathological personality traits and humor styles. *Europe's journal of psychology*, 12(3), 363.
- Zillmann, D. (1983). Disparagement humor. In *Handbook of humor research* (pp. 85-107). Springer New York.
- Zúniga, Miguel A., Carrillo-Jiménez, Genny T., Fos, Peter J., Gandek, Barbara, y Medina-Moreno, Manuel R.. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118. Retrieved November 02, 2015, from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341999000200005&lng=en&tlng=es.

APÉNDICES



APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación es conducida por Gabriela Sarshar, estudiante de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo el asesoramiento de la Dra. Patricia Martínez. El objetivo de la investigación es estudiar la relación entre estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en personas seropositivas.

Si accede a participar en esta investigación se le pedirá compartir algunos datos sobre usted y luego que desarrolle dos cuestionarios con preguntas sobre su estilo de humor, y preguntas sobre su calidad de vida. La información recogida de esta manera será confidencial y la información no será usada con ninguna intención distinta a la del objetivo de esta investigación.

La participación es voluntaria, anónima y usted puede decidir retirarse en cualquier momento de la investigación sin ningún problema. Si tiene alguna duda sobre este estudio puede preguntarle en cualquier momento al investigador. Asimismo, si tiene alguna duda sobre alguna pregunta puede hacerle llegar sus dudas al investigador o puede no responderla.

Le agradecemos por su tiempo y colaboración.

Lima, ____ de ____ del 2016

Firma del evaluado(a)

Nombre y firma de la alumna

APÉNDICE B
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Datos generales:

1. Género:

Masculino () Femenino () Transexual ()

2. Edad:_____

3. Lugar de nacimiento:

4. Estudios:

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secunadaria completa ()

Superior o técnico incompleto ()

Superior o técnico completo ()

Postgrado ()

5. Profesión u ocupación:

6. Actualmente usted:

Trabaja () Estudia () Otros:_____

7. Orientación sexual:

Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()

8. Estado civil

Soltero/a () Casado/a () Separado/a () Viudo/a () Conviviente ()

9. Vía de transmisión:

Sexual ()

Parenteral (contagio por aguja) ()

Transversal (contagio madre-hijo) ()

No sabe ()

10. Tiempo de diagnóstico de VIH: _____

11. Tiempo de TARGA: _____

12. Aparte del diagnóstico de VIH, ¿sufre de alguna enfermedad crónica?

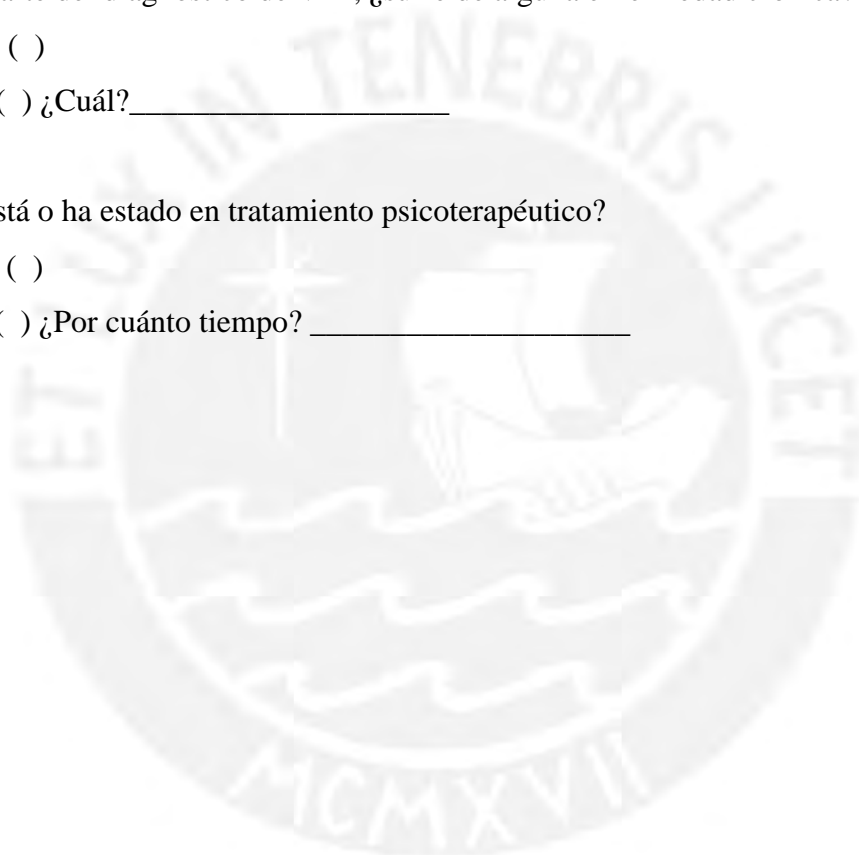
No ()

Sí () ¿Cuál? _____

13. ¿Está o ha estado en tratamiento psicoterapéutico?

No ()

Sí () ¿Por cuánto tiempo? _____



APÉNDICE C
CONFIABILIDAD DE LAS ÁREAS DE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD (SF-36v02)

Confiabilidad áreas del SF-36

<i>Áreas</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Salud general	.78
Función física	.70
Desempeño físico	.82
Desempeño emocional	.76
Función social	.76
Dolor corporal	.07
Salud mental	.82
Vitalidad	.83

APÉNDICE D
CONFIABILIDAD DE LAS ÁREAS DE LOS ESTILOS DE HUMOR (HSQ)

Confiabilidad del HSQ

<i>Áreas</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Humor Afiliativo	0.72
Humor de Mejoramiento Personal	0.68
Humor Agresivo	0.61
Humor de Descalificación Personal	0.62

APÉNDICE E
CONRRELACIONES ENTRE ESTILOS DE HUMOR (HSQ) Y CALIDAD DE
VIDA RELACIONADA A LA SALUD (SF-36)

Correlaciones entre áreas de Estilos de Humor y CVRS

Áreas SF-36	Áreas HSQ			
	Humor Afiliativo	Humor Agresivo	Humor de Descalificación Personal	Humor de Mejoramiento Personal
Salud General	-.15	.10	.15	-.03
Función Física	-.90	.06	-.02	-.14
Desempeño Físico	.36	.04	.33	-.04
Desempeño Emocional	.06	-.06	.16	.17
Función Social	.31	.00	.18	.12
Dolor Corporal	.18	.16	.05	-.18
Salud Mental	.12	-.13	.25	.18
Vitalidad	.03	-.16	.13	.18
CSF	.23	.09	.29*	-.08
CSM	.14	-.08	.16	.17

Nota. * $p < .05$